

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
MEDICAL PROCEDURE AND SUPPLY FORM

I, _____

Print Parent/Legal Guardian Name (Last, First, M.)

Parent/Legal Guardian Address

City

State

Zip Code

have enrolled my child:

Print Student Name (Last, First, M.)

Date of Birth

Student ID Number

School name

It is necessary for my child to have a medical procedure performed during school hours. Name of procedure:

With the signing of this document, I give my consent for all staff members with appropriate documentation of training to perform this procedure on my child. I hereby release all claims, demands, damages, actions, causes of action or suits at law or in equity, of whatsoever nature against the School Board or any employees for following this request. I specifically request that The School District of Osceola County, FL staff members be trained in accordance to F.S.1006.062 to perform this procedure as designated by the completion of the *Student Specific Medical Procedure Training Record*. I acknowledge the selection of staff to work with my child is a decision for The School District of Osceola County, FL. I have no right to insist upon any particular person to be assigned to work with my child, although I may communicate my request to the appropriate School District personnel. I understand I may withdraw consent (in writing) for specific staff members to perform this procedure should I feel it is necessary. I further understand that if I withdraw consent and there is not another documented trained staff member, it will be necessary for me to come to the school to perform the procedure until such time as another staff member can be trained. In such an event, I understand my assistance is subject to all the rules and procedures of The School District of Osceola County, FL including those rules regarding background checks and my conduct on campus.

I have provided a physician's order from _____ (*Physician's name*) for the listed medical supplies/equipment to be kept at the school. I agree to have this order updated annually at the beginning of each new school year. I understand that if there is special equipment needed to perform this procedure, it will be my responsibility to deliver the equipment to the school in working order. School personnel will assume no responsibility for the proper maintenance or delivery of the special equipment necessary for this procedure.

List all equipment and/or supplies to be provided by parent/guardian

Parent/Legal Guardian Signature

Date

School District Staff Signature

Date

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO Y SUMINISTRO MEDICO

Yo, _____

Escriba en letra de molde el nombre del padre / tutor legal (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección del padre / tutor legal Ciudad Estado Código Postal

he matriculado a mi hijo(a):

Escriba en letra de molde el nombre Fecha de Nacimiento Numero de Identificación Escolar Nombre de la escuela
del estudiante (Apellido, Nombre, Inicial)

Es necesario que mi hijo(a) se someta a un procedimiento médico a llevarse a cabo durante horas de clase. Nombre del procedimiento:

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que todos los miembros del personal escolar, que tengan la documentación apropiada sobre el entrenamiento, le practiquen este procedimiento a mi hijo(a). Por la presente, renuncio a todo tipo de reclamos, demandas, daños, acciones legales, procedimientos legales, o acciones en el régimen de equidad, de cualquier naturaleza en contra de la Junta Escolar o cualquier empleado, por cumplir con esta petición. Solicito, específicamente, que los empleados del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL estén entrenados para administrar este procedimiento de acuerdo con el Estatuto de Florida, 1006.062, designado así al completar el formulario del *Registro de Entrenamiento del Procedimiento Médico Específico para Estudiantes*. Entiendo que, la selección del personal para trabajar con mi hijo/a, es una decisión del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL. No tengo el derecho de insistir en que se asigne a una persona en particular para que trabaje con mi hijo/a, aunque puedo dejarle saber mi petición a la persona apropiada del Distrito Escolar. Comprendo que puedo remover mi consentimiento (por escrito) para que ciertos miembros del personal, en específico, administren el procedimiento, si así yo lo considero necesario. Además, entiendo que si remuevo mi consentimiento y no hay otro miembro del personal que esté entrenado, será necesario que yo acuda a la escuela para hacer el procedimiento, hasta tanto haya un miembro del personal que pueda entrenarse. En tal caso, entiendo que mi ayuda está sujeta a todas las normas y procedimientos del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL incluyendo aquellas normas sobre revisión de antecedentes y mi conducta en el recinto escolar. Puedo ser removido de las instalaciones de la escuela y mis servicios pueden ser terminados si el Superintendente, el administrador del edificio o su designado, determina que es para beneficio del Distrito Escolar del Condado Osceola, FL o si no necesitan de mis servicios.

También, entiendo que, si se necesita un equipo especial y/o medicamentos para llevar a cabo este procedimiento, será mi responsabilidad entregar diariamente a la escuela el equipo en buen funcionamiento y que el personal de la escuela no asumirá la responsabilidad por el mantenimiento apropiado o por la entrega del equipo especial necesario para este procedimiento. Si se necesitan medicamentos, entiendo que soy el único responsable de proporcionar los medicamentos a la escuela y de asegurar que éstos estén vigentes y no hayan caducado. También, comprendo que, soy el único responsable de reemplazar los medicamentos según como lo requiera el médico del estudiante.

Enumere todo equipo y/o medicamento que debe proporcionar el padre / tutor legal	

Firma del Padre / Tutor Legal (declarante) Fecha Firma del Personal del Distrito Escolar Fecha